**Raccomandazione personalizzata art.119 ter CAP comma 3**

* 1. **Dati anagrafici del cliente**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome Nome** | |
| **<CLI NOME>** | |
| **Ragione Sociale**  **<CLI NOME>** | **P.iva/C.F.**  **<CLI PARTIVA> <CLI CODFISC>** |
|  |  |
| **Indirizzo**  **<CLI CAP> <CLI LOCALITA> <CLI PROV>** | |
|  | |

* 1. **Richieste ed esigenze del cliente**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Raccomandazione**

|  |
| --- |
| Acquisite le necessarie informazioni, sulla base della valutazione effettuata, si raccomanda il seguente contratto per i seguenti motivi:  *Indicare uno o più motivi applicabili al caso in esame* |
| **☐** Convenienza economica |
| **☒** Specificità delle garanzie |
| **☐** Completezza della copertura |
| **☐** Solidità dell’Impresa |
| **☒** Miglior rapporto qualità/presso |
| **☒** Miglior assistenza in caso di sinistro |
| Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Trento, 19/11/2021 Firma  |
|  |

**DICHIARAZIONE COERENZA**

**VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE**

**DATI ANAGRAFICI CLIENTE (Persona fisica/Persona giuridica)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome  Denominazione | | **<CLI NOME>** | |
| Nato a | * Data |  |  |
| Codice fiscale | | **<CLI CODFISC>** | |
| P.IVA | | **<CLI PARTIVA>** | |
| Residenza o sede legale | | **<CLI INDIRIZZO>** | |
| CAP – Località Provincia | | **<CLI CAP> <CLI LOCALITA> <CLI PROV>** | |

Gentile cliente,

in questo documento le chiediamo alcune informazioni necessarie per valutare **la coerenza** del contratto proposto rispetto alle sue richieste ed esigenze assicurative.

Le segnaliamo inoltre che le nostre proposte possono prevedere delle **limitazioni** che sono **evidenziate** nella documentazione precontrattuale e contrattuale dei vari contratti assicurativi; il distributore è a sua disposizione per tutti i necessari approfondimenti.

**QUESTIONARIO**

**1) per QualI ESIGENZE avverte IL BISOGNO di assicurarsi?**

1. disporre di un capitale per l’indennizzo di danni, parziali o totali, a beni immobili o mobili: sì  no

Se SÌ, specificare l’interesse per:

– INCENDIO sì  no

– ATTI DOLOSI O EVENTI ATMOSFERICI sì  no

– TERREMOTO O ALLUVIONE sì  no

– FURTO E RAPINA sì  no

– DANNI INDIRETTI sì  no

- GUASTO ALLE MACCHINE sì  no

- DANNI AD APPARECCHIATURE ELETTRONICHE sì  no

- GARANZIA DI FORNITURA sì  no

- CYBER RISK sì  no

1. proteggere il proprio patrimonio da richieste di risarcimento per danni causati a terzi: sì  no

Se SÌ, specificare l’interesse per:

* ESERCIZIO DELL’ATTIVITA’ AZIENDALE sì  no
* RESPONSABILITA’ IN QUALITA’ DI PRODUTTORE sì  no
* CYBER RISK sì  no
* RESPONSABILITA’ DELLA PROFESSIONE sì  no
* RESPONSABILITA’ DELLA VITA PRIVATA sì  no
* TUTELA LEGALE sì  no
* ASSISTENZA VIAGGI sì  no
* PER CAUZIONI/FIDEISUSSIONI sì  no

1. altro: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Disporre di un capitale per l’indennizzo dei danni subiti a causa di infortunio o malattia o spese sanitarie: sì  no

Se SÌ, specificare l’interesse per:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * MORTE DA INFORTUNIO | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Si | No |  |  | |
| * INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Si | No |  |  | |
| * INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Si | No |  |  | |
| * SPESE MEDICHE CON O SENZA H | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Si | No |  |  | |
| * DIARIA | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Si | No |  |  | |

1. Altro: ………………………………………………………………………………………………………………….

**2) Ha in corso altri contratti assicurativi A COPERTURA DEGLI STESSI BISOGni?**

sì  no

Se SÌ, quale?........................................................................................................

**3) stipula il contratto per SODDISFARE un obbligo di legge?**

sì  no

Se SÌ, quale?........................................................................................................

**4) Altre informazioni utili sulle sue ESIGENZE ASSICURATIVE**

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI COERENZA DEL CONTRATTO**  Il sottoscritto distributore dichiara che il contratto:  - è stato proposto sulla base delle informazioni raccolte  - è coerente con le richieste ed esigenze assicurative del cliente    Data 19 novembre 2021 Firma del distributore |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DICHIARAZIONE DEL CLIENTE**  Il sottoscritto cliente dichiara:  - di aver valutato il tipo di contratto proposto, il premio, i limiti di risarcimento, i periodi di carenza, le franchigie e gli scoperti che rimangono a carico dell'assicurato, la durata del contratto e in genere tutti gli elementi fondamentali che costituiscono il contratto;  - di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione della coerenza del contratto  Trento, 19/11/2021 Firma  | | |
| **DICHIARAZIONE DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE**  Il sottoscritto distributore dichiara di aver dato avviso della messa a disposizione nei propri locali o della pubblicazione sul Sito Internet utilizzato per la promozione e il collocamento:   1. **l’informativa sugli obblighi di comportamento** che gli intermediari devono tenere nei confronti dei clienti di cui all’Allegato 4-*ter* del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018. 2. l’**elenco recante la denominazione della/e impresa/e di assicurazione con le quali ha rapporti d’affari**, anche sulla base di una collaborazione orizzontale o di lettere di incarico.   Il sottoscritto distributore dichiara di avere consegnato al cliente, e il cliente dichiara di avere ricevuto:   1. **l’informativa sul distributore** che contiene i dati essenziali del distributore, della sua attività e le informazioni sul conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente di cui all’Allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione della prima proposta (se prevista) o conclusione del contratto o in sede di rinnovo o stipula di un nuovo contratto in caso di modifiche di rilievo delle informazioni ivi contenute; 2. **l’informativa sulla distribuzione del prodotto assicurativo non IBIP** che contiene le informazioni sul modello e l’attività di distribuzione, sulla consulenza fornita e sulle remunerazioni percepite di cui all’Allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta (se prevista) o della conclusione di ciascun contratto; 3. **l’informativa sugli obblighi di comportamento** che gli intermediari devono tenere nei confronti dei clienti di cui all’Allegato 4-*ter* del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, in caso di offerta fuori sede o distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza; 4. la **documentazione** **informativa** **precontrattuale e contrattuale** da consegnare al cliente prima della sottoscrizione di una proposta (se prevista) o della conclusione di ciascun contratto   Firma del distributore  Trento, 19/11/2021 Firma   **DICHIARAZIONE DA STAMPARE SU CARTA INTESTATA**  **Dichiarazione di autorizzazione all’utilizzo di strumenti telematici**  Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina normativa e regolamentare il Sottoscritto autorizza il broker a trasmettere tutta la documentazione, ivi inclusi la corrispondenza, le informazioni di cui al processo di adeguatezza dei contratti, l’informativa precontrattuale e i documenti contrattuali per mezzo di strumenti informatici al seguente indirizzo di posta elettronica:  MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali e successive variazioni del recapito  indicato.  L’autorizzazione è conferita per: Tutti i contratti intermediati ☐ Polizza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dichiaro, inoltre, di essere stato informato dal Broker che la presente autorizzazione è revocabile in qualunque momento  Trento, 19/11/2021  Timbro- Firma  | | |
|  |  |  |

**Dichiarazione di appropriatezza**

**(ai sensi dell’art. 68 undecies del Regolamento Ivass n. 40/2018 come modificato dal Provvedimento n. 97/2020)**

Sulla base delle informazioni acquisite tramite il questionario di adeguatezza/appropriatezza finalizzato ad accertare il Suo grado di conoscenza ed esperienza in relazione alla complessità dell’investimento, il Broker

**dichiara**

che il contratto assicurativo di investimento proposto

**☒ è appropriato in considerazione del suo livello di conoscenza ed esperienza**

**☐** **non è appropriato in considerazione del suo livello di conoscenza ed esperienza**

Firma del Broker

**Il cliente conferma l’operazione disposta anche se non appropriata**

Trento, 19/11/2021 Firma 

**INCARICO GESTIONE POLIZZA**

**Con la presente incarico la Esafin sas quale mediatore di assicurazione, per stipula e gestione amministrativa della sotto riportata polizza o emittenda conferendo inoltre l’incarico per la gestione dei sinistri, di cui l’onorario sarà il 10% conteggiato sull’ammontare della liquidazione percepita.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| POLIZZA/EMITTENDA | RAMO | COMPAGNIA | RISCHIO |
| **<NUMERO POLIZZA>** | **<RAMO>** | **<COM NOME>** | **<RISCHIO>** |

Trento, 19/11/2021 Firma 